

**LEXIQUE : AMO** : Assurance Maladie Obligatoire | **BRSS** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale | **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale | **TM** : Ticket modérateur | **DÉLAI DE CARENCE** : Période initiale de non prise en charge des prestations concernées par cette disposition | **OPTAM / OPTAM CO** : Convention médicale qui régit les relations entre les médecins libéraux conventionnés et l'Assurance Maladie (a remplacé au 01/01/2017 le

Les garanties sont exprimées soit en % du PMSS, soit en Frais réels soit en pourcentage de la BR et dans la limite des frais réels engagés. Les garanties sont responsables et de ce fait automatiquement ajustées en cas d'évolutions législatives et règlementaires régissant les contrats responsables.

	Formule 4 Confort 300
	A.M.O. + Mutuelle
<b>SOINS COURANTS</b>	
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien adhérent OPTAM / OPTAM CO	300%
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Non adhérent OPTAM / OPTAM CO	200%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien adhérent OPTAM / OPTAM CO	300%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Non adhérent OPTAM / OPTAM CO	200%
Actes de spécialité - Praticien adhérent OPTAM / OPTAM CO	300%
Actes de spécialité - Praticien Non adhérent OPTAM / OPTAM CO	200%
Échographie, radiologie - Praticien adhérent OPTAM / OPTAM CO	300%
Échographie, radiologie - Praticien Non adhérent OPTAM / OPTAM CO	200%
Psychologues conventionnés remboursés par l'AMO (dans la limite de 8 séances par an et par assuré)	100%
Auxiliaires médicaux	300%
Analyses (Biologie)	300%
Materiel Médical: prothèses, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)	350%
Forfait par an et par bénéficiaire pour l'achat d'un fauteuil roulant ou lit médicalisé	450 €
<b>HOSPITALISATION et HOSPITALISATION à DOMICILE (1) (2)</b>	
Frais de séjour	400%
Honoraires de chirurgie, médecine, maternité (sauf esthétique) / adhérent OPTAM-OPTAM CO	300%
Honoraires de chirurgie, médecine, maternité (sauf esthétique) / Non adhérent OPTAM / OPTAM CO	200%
Frais d'accompagnement (-de 18 ans) Par jour en % PMSS (7)	1,0%
Chambre particulière Par jour en % du PMSS (7)	4,0%
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (3)	Frais réels
Forfait Patient Urgences et Actes lourds	Frais réels
Forfait maternité / adoption (4) en % PMSS (7)	15%
<b>DENTAIRE</b>	
Soins dentaires (hors 100% Santé)	350%
<b>Soins et Prothèses dentaires classe 1 "100% Santé"</b>	<b>Frais réels</b>
Prothèses dentaires classe 2 (tarifs maîtrisés) ou 3 (tarifs libres) (6)	350%
Plafond par an/ Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées (hors prothèses 100% Santé)	1 500 €
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	350%
Orthodontie remboursée par l'AMO	350%
Orthodontie non remboursée par l'AMO (forfait annuel/bénéficiaire)	1200 €
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et implants non remb. AMO, limité à 3 actes / an / bénéficiaire)	430 €
<b>OPTIQUE</b>	
<b>Forfaits en complément de l'AMO : Un EQUIPEMENT Adulte (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (5) / Un EQUIPEMENT ENFANT (1 monture + 2 verres) tous les 1 ans ou 6 mois selon l'âge.</b>	
<b>Equipement de classe A "100% Santé"</b>	<b>Frais réels</b>
<b>Equipement Classe B</b>	
Forfait Monture	100 €
Forfait par Verre simple	160 €
Forfait par Verre complexe	200 €
Forfait par Verre très complexe	275 €
<b>Equipement Mixte (Clombinaison de verres et monture de la Classe A et B)</b>	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels
<b>Pour ADULTES et ENFANTS</b>	
Lentilles remboursées ou non par l'AMO - Crédit annuel	300 €
Opération des yeux (chirurgie réfractive) - Par œil	300 €
<b>TRANSPORT</b>	
Transport	100%

<b>AIDES AUDITIVES</b>	
<b>Prothèses auditives classe 1 "100% Santé" tous les 4 ans</b>	Frais réels
Prothèses auditives classe 2 (le forfait se renouvelle tous les 4 ans et comprend le remboursement des frais d'accessoire et d'entretien) (6).	350%
<b>MEDICAMENTS</b>	
Médicaments remboursés par l'AMO	100%
<b>CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>	
Forfait cure	100%
Surveillance médicale	100%
Hébergement	100%
Participation à l'hébergement et au transport (dans la limite des frais réels) en % du PMSS (7)	12,0%
<b>PREVENTION</b>	
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale et pris en charge par le RO	100%
Forfait Prévention : suivi médical, bilan santé complet par un médecin spécialisé en médecine du sport, certificat d'aptitude à la pratique d'un sport, test d'effort, épreuve d'effort d'intensité maximale, examen biologique, bilan psychologique, électrocardiogramme de repos...	350 €
<b>MEDECINE A DISTANCE ET E-SANTÉ</b>	
Offre de services eSanté : Téléconsultation médicale (Kovers MyDoc) et Prédiagnostic Santé (Kovers CheckUp)	Oui
Forfait par an et par bénéficiaire pour les dispositifs médicaux de santé connectée recommandés par un professionnel de santé	350 €
<b>MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSÉES PAR L'AMO</b>	
Forfait par an et par bénéficiaire pour : <b>MEDECINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR L'AMO :</b> Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés. <b>MEDECINE DOUCE :</b> Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe.	300 €
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par l'AMO	100%
<b>SERVICES ET ASSISTANCE</b>	
Garantie Assistance	Oui
Information juridique Santé	Oui
Espace assuré	Oui
<p>(1) Les garanties sont acquises pour les établissements de court ou moyen séjour, conventionnés ou non. Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus. Un délai de carence de 6 mois est prévu à compter de la prise d'effet du contrat pour la prise en charge des dépassements d'honoraires (100% du ticket modérateur pendant une durée de 6 mois).</p> <p>(2) La durée de la prise en charge de la chambre particulière est illimitée en Chirurgie, Médecine et Maternité. Un délai de carence de 6 mois est prévu à compter de la date d'effet du contrat pour la prise en charge de la chambre particulière;</p> <p>(3) Le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée. Cette pris en charge ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.</p> <p>(4) Versé lors de la déclaration de l'enfant comme Assuré au titre du Contrat, sous réserve que cette déclaration soit réalisée au plus tard dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption. Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (AMO + Mutuelle).</p> <p>(5) Optique : Dans la limite d'un équipement tous les deux ans pour les bénéficiaires de plus de 16 ans sauf si changement du défaut visuel et dans la limite d'un équipement par an pour les bénéficiaires de moins de 16 ans. La limite est décomptée par rapport à la date d'acquisition de l'équipement.</p> <p>(6) Dans la limite des prix limites de vente (PLV) pour la classe 2</p> <p>(7) Les forfaits sont révisés en fonction de la valeur du PMSS de l'année en cours</p>	
<p>Le forfait de 24 euros qui remplace le ticket modérateur pour les actes d'un montant supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par votre Complémentaire Santé AvoCotés.</p> <p>Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : la participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.</li> <li>- Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (OPTAM), à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant signé la convention OPTAM / CO. Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.</li> </ul>	
<b>Verres simples</b>	
verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère+ cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.	
<b>Verres complexes</b>	
verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.	

**Verres très complexes**

verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre à +4.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.